

De aanvraag betreft de Delta Lloyd Zorgpolis
(Buitenlandverzekering)

Beantwoord de vragen in blokletters met een blauwe of zwarte balpen. U kunt zich met dit formulier bij Delta Lloyd alleen verzekeren als u niet verzekeringsplichtig bent volgens de Zorgverzekeringswet of als u geen aanspraak op een zorgvoorziening in uw woonland kunt maken. Voor deze verzekering hebben wij een gezondheidsverklaring van u nodig. De verklaring sturen wij naar u toe zodra wij deze aanvraag hebben ontvangen.

Ingangsdatum: (dd-mm-jjjj)

Gegevens tussenpersoon (in te vullen door tussenpersoon)

Tussenpersoonsnummer Cliëntnummer bij tussenpersoon

Gegevens collectiviteit (in te vullen door collectiviteit)

Collectiviteitsnummer Personeelsnummer/lidmaatschapsnummer* Declaratienummer/bedrijfsnummer*

(*indien van toepassing)

Gegevens verzekeringnemer

1 De verzekeringnemer is de persoon die de verzekering aanvraagt.

Voorletters Tussenvoegsel Achternaam Geboortedatum Geslacht M V Delta Lloyd-relatiernr. (indien bekend) Straatnaam Huisnr. Toevoeging huisnr. Postcode Woonplaats Land Telnr. overdag Telnr. 's-avonds Sofi-nummer/BSN E-mailadres Ik geef Delta Lloyd toestemming om mijn e-mailadres te gebruiken voor correspondentie.Naam werkgever / bedrijf / collectiviteit Wilt u voor uzelf een verzekering afsluiten? ja nee

Gegevens van andere te verzekeren personen

Gezinslidnummer	Voorletters	Tussenvoegsel	Achternaam (geboortenaam)	Geboortedatum	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	Sofi-nummer/BSN
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>

1 Gegevens verzekering

Geef hieronder aan welk eigen risico en welke aanvullende verzekering(en) u kiest.

Eigen risico € 100/200, € 200/400, € 300/600, € 400/800, € 500/1000

Eigen risico is het bedrag dat u per jaar zelf betaalt als u ziektekosten maakt. Voor deze verzekering geldt een eigen risico van minimaal € 100/200 per jaar per polis (maximaal € 500/1000). Wilt u een hoger eigen risico, geef dan hiernaast uw keuze aan. Hoe hoger het eigen risico, hoe lager de premie. Het eigen risico geldt niet voor de aanvullende verzekering.

Eigen risico

Aanvullende verzekering

Geef in de tabel hiernaast de aanvullende verzekering van uw keuze aan. Als u kiest voor de aanvullende verzekering Delta Lloyd Top, dan heeft Delta Lloyd een verklaring nodig die uw tandarts namens u moet invullen. Deze verklaring hebben we nodig voor de medische beoordeling. De verklaring sturen wij u toe. De verklaring moet worden ondertekend door u en uw tandarts. Eventuele kosten hiervan worden door Delta Lloyd vergoed.

Gezinslidnummer:	1	2	3	4	5
Geen dekking gewenst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewenste dekking					
Delta Lloyd Start	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delta Lloyd Extra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delta Lloyd Compleet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delta Lloyd Comfort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delta Lloyd Top	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TandenGaaf

Als u kiest voor een TandenGaaf product met een maximum bedrag van 500 euro of hoger, dan heeft Delta Lloyd een verklaring nodig die uw tandarts namens u moet invullen. Deze verklaring hebben we nodig voor de medische beoordeling. De verklaring sturen wij u toe. De verklaring moet worden ondertekend door u en uw tandarts. Eventuele kosten hiervan worden door Delta Lloyd vergoed.

Gezinslidnummer:	1	2	3	4	5
Geen dekking gewenst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewenste dekking					
TandenGaaf 75% tot € 150	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TandenGaaf 75% tot € 250	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TandenGaaf 75% tot € 500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TandenGaaf 100% tot € 150	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TandenGaaf 100% tot € 250	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TandenGaaf 100% tot € 500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TandenGaaf 100% tot € 1000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Semi Private

Met deze module heeft u recht op luxere verpleging in een semi-private instelling.

Gezinslidnummer:

Geen dekking gewenst

Dekking gewenst

1 2 3 4 5

Toelichting vraag 2: Bij automatische incasso mag Delta Lloyd alle bedragen die u aan ons moet betalen van uw bank- of gironummer afschrijven. Het rekeningnummer waar u de machtiging voor afgeeft moet van de verzekeringnemer zijn. U kunt deze machtiging altijd weer intrekken. Uw rekeningnummer gebruiken wij ook voor betalingen aan u.

2 Hoe wilt u de premie betalen?

- a Per maand Per kwartaal Per half jaar Per jaar
- b Aan Delta Lloyd Aan tussenpersoon Via werkgever
- c Via acceptgiro Via automatische incasso Via premienota
- d Wat is uw bank- of gironummer?

3a Wie is uw huidige zorgverzekeraar? Inschrijvingsnummer

3b Hoe bent u momenteel verzekerd? Individueel Collectief Niet

4 Heeft één of meerdere van de te verzekeren personen inkomsten uit Nederland?

Nee Ja, de volgende wel: Geboortedatum Geboortedatum

Toelichting bij vraag 5: Inkomsten uit het buitenland zijn inkomsten uit werk of een buitenlandse sociale verzekeringsuitkering.

5 Heeft één of meerdere van de te verzekeren personen inkomsten uit het buitenland?

Nee Ja, de volgende wel: Geboortedatum Geboortedatum

Toelichting vraag 6: Hebben één of meer van de te verzekeren personen niet de Nederlandse nationaliteit? Dan heeft Delta Lloyd voor personen uit een EU-land of een EEG-verdragsland een kopie nodig van de ID-kaart of het paspoort. Als het een ander land betreft, dan hebben wij een kopie van een verblijfsvergunning nodig. Stuur aanvullende documenten mee met dit formulier.

6 Hebben alle te verzekeren personen de Nederlandse nationaliteit?

Ja Nee, de volgende niet: Geboortedatum Geboortedatum
Nationaliteit Nationaliteit

Ondertekening

Ondergetekende verklaart alle vragen van dit aanmeldingsformulier nauwkeurig, volledig en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord. Dit aanmeldingsformulier is de grondslag van de zorgverzekering en van eventuele aanvullende verzekeringsovereenkomsten die worden gesloten met Delta Lloyd Zorgverzekering NV te 's-Gravenhage, KvK 27118912 (Delta Lloyd) onder de voorwaarden die van toepassing zijn. Deze NV behoort tot de CZ groep te Tilburg. Ondergetekende verklaart hiermee akkoord te gaan.

Plaats Datum Handtekening

U kunt dit formulier sturen naar:
JoHo Insurances (www.joho.nl - www.expatsverzekering.nl)
Postbus 11208, 2301 EE Leiden, Nederland
T. +31 71 5161276 F. +31 71 5145003 E. insurance@joho.nl

De door de verzekeringnemer en de verzekerde(n) aan Delta Lloyd verstrekte gegevens zijn primair bestemd om door Delta Lloyd te worden gebruikt voor de beoordeling van het te verzekeren risico. Na totstandkoming van de verzekering kunnen zij worden gebruikt voor de uitvoering van de verzekering en de hiermee verband houdende serviceverlening, het beheer van de hieruit voortvloeiende relaties alsmede voor activiteiten gericht op een verantwoorde bedrijfsvoering, de continuïteit van de verzekeringsinstelling, de voorkoming en bestrijding van fraude en het voldoen aan wettelijke verplichtingen. Delta Lloyd biedt deze zorgverzekeringsovereenkomst aan. Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing. Bij eventuele klachten kunt u zich tot de Raad van Bestuur richten. Gaat u niet akkoord met de beslissing van de Raad van Bestuur, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de rechter of de Ombudsman Zorgverzekeringen (zie artikel 11 van de algemene voorwaarden).